南大阪小児リハビリテーション病院

セカンドオピニオン申込書

現在かかっている医療機関の診療に関する
資料を提出して頂く必要があります。

南大阪小児リハビリテーション病院
地域医療連携室（送信前に番号の確認をしてください）

FAX：06-6699-8734

記入日：平成　　年　　月　　日

※ 以下の病院記入欄には記入しないでください

フリガナ		性別
患者氏名	様	男・女
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日(　　) 歳	当院の受診歴 無・有 (ID：　　)
住　所	〒 TEL（　　）	

面談代表者氏名	フリガナ	患者との続柄	
	TEL	面談者数	人
返信先	□医療機関 □面談者	TEL　　FAX	

現在の診療状況	医療機関名	
	科名	
	医師名	
	□ 外来通院中　　□ 入院中	

提出できる資料	□ 診療情報提供書　□ 画像　□ その他(　　)

相談希望科	科　　先生
病　名	

【ご相談の具体的な内容】

担当医と相談の上 日時を決定するため、お返事に日数を要します。ご了承ください。

備考

〒546-0035
大阪市東住吉区山坂 5 丁目 11-21　南大阪小児リハビリテーション病院
地域医療連携室　TEL：06-6699-8731
FAX：06-6699-8734

病院記入欄

申込書受理日

年　月　日

受理者氏名

事前資料提出
□ 診療情報提供書
□ 画像
□ その他(　　)

事前資料受理日

年　月　日

資料を渡した日

へ
月　日

担当診療科名

担当医師名

面談予約日時

年　月　日
時　分～

面談者への連絡日

年　月　日

連絡者氏名

料金 ¥

備考